

Ortoreksja – oddzielna jednostka chorobowa, spektrum zaburzeń odżywiania czy wariant zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych?

Orthorexia nervosa – a separate clinical entity, a part of eating disorder spectrum or another manifestation of obsessive-compulsive disorder?

Izabela Łucka¹, Dorota Janikowska-Hołoweńko², Patryk Domarecki¹,
Teresa Plenikowska-Ślusarz³, Małgorzata Domarecka⁴

¹ Klinika Psychiatrii Rozwojowej, Zaburzeń Psychotycznych
i Wieku Podeszłego Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

² Wojewódzki Szpital Reumatologiczny w Sopocie

³ Uniwersytet Gdański, Wydział Zarządzania

⁴ Uniwersytet Gdański, Wydział Nauk Społecznych

Summary

Aim. The aim of the study was to determine the prevalence of orthorexia nervosa in the population of adolescents and young adults, as well as to determine whether orthorexia is a separate clinical entity, a part of eating disorder or another manifestation of obsessive-compulsive disorder.

Material and method. The study group consisted of 864 subjects (599 females and 265 males). The mean age of female participants was 20.21±3.27 years, and of male participants 18.93±3.67 years. As a part of the study, we used a proprietary questionnaire to collect patient data, as well as following diagnostic questionnaires: ORTO-15 by Donini et al. (Polish version validated by Janas-Kozik et al.), EAT-26 by Garner and Garfinkel, and MOCI (Maudsley Obsessive Compulsive Inventory) by Hodgson and Rachman. The results were analysed statistically.

Results. 27% of subjects were found to be at risk of orthorexia nervosa (score of 35 was considered a cut-off point). These subjects achieved significantly higher scores in the EAT-26. There were no statistically significant differences in the MOCI scores. The highest risk of orthorexia was observed in subjects aged 13–16 years old (junior secondary school) and the lowest in 16–19-year-olds (senior secondary school). Individuals with suspected orthorexia tended to have significantly higher BMI. Specific analysis of environmental features will be exposed in the next issue.

Conclusions. Orthorexia nervosa is not a separate clinical entity. It does not belong to the OCD spectrum, but meets the criteria of eating disorder spectrum.

Słowa kluczowe: ortoreksja, rozpowszechnienie, zaburzenia odżywiania, zaburzenia obsesyjno-kompulsywne

Key words: orthorexia nervosa, prevalence, eating disorders, obsessive-compulsive disorders

Wstęp

Steven Bratman, amerykański lekarz, doświadczył w swoim życiu okresu ścisłej kontroli diety, który opisał w książce *W szponach zdrowej żywności*. Starał się wówczas spożywać tylko zdrowe produkty, prowadził własną ekologiczną farmę. Po latach zaobserwował jednak, że myśl o jedzeniu wpływa negatywnie na wiele sfer jego życia, w tym kontakty społeczne. Podobne objawy stwierdził u wielu swoich pacjentów. Na podstawie tych doświadczeń w 1997 roku zaproponował termin *orthorexia nervosa*, oznaczający patologiczną koncentrację na spożywaniu zdrowego jedzenia. Przedrostek *ortho* – oznacza „poprawny”, *orexis* – „głód, apetyt” i nawiązuje do rozpoznania *anorexia nervosa* [1].

Osiowym punktem ortoreksji jest próba osiągnięcia optymalnego zdrowia poprzez ścisłą kontrolę diety [2–4]. Osoby dotknięte ortoreksją koncentrują się na jakości spożywanych produktów, nie ilości, poświęcają dużo czasu sprawdzaniu źródeł pochodzenia żywności, sposobów przygotowywania posiłków, ich przetwarzania, zawartości substancji konserwujących, materiałów używanych do pakowania żywności. Ważnym aspektem ortoreksji jest także konieczność gromadzenia produktów spożywczych, dbałość o ich ważenie i mierzenie, planowanie posiłków z wyprzedzeniem oraz pojawianie się natrętnych myśli w czasie niepoświęcanym czynnościom związanym z żywieniem [5]. Opisany został codzienny schemat działania pacjentów, podzielony na cztery fazy. Pierwsza z nich to nadmierne myślenie o tym, co będzie spożywane dziś lub kolejnego dnia. Następna – gromadzenie poszczególnych składników żywieniowych z wysokim krytycyzmem i dużą kontrolą. Trzecia faza to sporządzanie posiłków w sposób jak najbardziej zdrowy. Ostatnia to odczucie satysfakcji lub winy, w zależności od przebiegu poprzedzających faz [6].

Żadna z dotychczasowych klasyfikacji DSM nie uwzględniała ortoreksji. Ze względu na liczne obserwacje kliniczne dotyczące występowania tego zjawiska podejmuje się próby wprowadzenia narzędzi diagnostycznych identyfikujących ten problem. Donini i wsp. [4] w 2004 roku zaproponowali stawianie diagnozy na podstawie obecności zarówno wzorca nadmiernej koncentracji na zachowaniach zdrowotnych w zakresie żywienia, jak i objawów osobowości obsesyjno-kompulsywnej. Na podstawie badania został opracowany kwestionariusz ORTO-15, który uwzględnia najczęstsze objawy ortoreksji. Podczas walidacji arkusza stwierdzono punkt odcięcia na poziomie 40 punktów, przy czym wynik poniżej progu oznacza ryzyko wystąpienia ortoreksji [7].

Moroze i wsp. [8] w 2014 roku opracowali nowe kryteria diagnostyczne ortoreksji. Zostały one podzielone na cztery obszary: A – nadmierna koncentracja na zdrowym odżywianiu skupiająca się na jakości i składzie posiłków, B – nadmierna koncentracja

na zdrowym żywieniu powodująca zaburzenia zdrowotne lub dystres w zakresie funkcjonowania społecznego, zawodowego, szkolnego, C – zjawisko nie wynika z innych chorób, takich jak: zaburzenie obsesyjno-kompulsywne, schizofrenia lub inna choroba psychiczna, D – zachowanie nie wynika z przekonań religijnych, specjalnych wymagań żywieniowych, alergii pokarmowej lub innej choroby wymagającej specjalnej diety.

Cel pracy

Celem pracy było zbadanie rozpowszechnienia ortoreksji w populacji uczącej się młodzieży i młodych dorosłych oraz próba znalezienia odpowiedzi na pytanie, czy ortoreksja jest oddzielną jednostką chorobową, rodzajem zaburzeń odżywiania czy raczej wariantem zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych. Na podstawie badania podjęto także próbę określenia korelacji ortoreksji z danymi demograficznymi, czynnikami społecznymi i rodzinnymi oraz współwystępowania innych zaburzeń odżywiania, zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych i objawów depresji.

Material i metoda

W badaniu wzięły udział 864 osoby, w tym 599 kobiet i 265 mężczyzn w wieku od 13 do 30 lat. Wśród badanych było 185 osób ze szkół gimnazjalnych (99 dziewcząt i 86 chłopców), 167 osób ze szkół średnich (112 dziewcząt i 55 chłopców) oraz 512 studentów (388 kobiet i 124 mężczyzn). Badane kobiety były w wieku 13–29 lat ze średnią $20,21 \pm 3,27$ lat. Badani mężczyźni byli w wieku 13–30 lat, średnia wieku wynosiła $18,93 \pm 3,67$ lat. Najniższa i najwyższa wartość BMI badanych kobiet wyniosły odpowiednio 14,71 i 34,38 ze średnią wartością $20,8 \pm 2,85$. Najniższe BMI u mężczyzn wyniosło 15,57, najwyższe – 35,75; wartość średnia BMI dla tej grupy to $22,62 \pm 3,3$.

W badaniu została użyta ankieta składająca się z kwestionariuszy:

1. Autorski kwestionariusz zbierający podstawowe informacje o osobach badanych. W arkuszu uwzględniono dane antropometryczne (wiek, płeć, wzrost, masa ciała). Na podstawie masy ciała i wzrostu badający obliczali też BMI uczestników. Badani wskazywali również szkołę, do której uczęszczają. Kolejne pytania dotyczyły rodziny badanych. Proszono ich o wskazanie wykształcenia matki i ojca (podstawowe, średnie, zawodowe, wyższe) oraz ich statusu zawodowego (pracuje w wyuczonym zawodzie, pracuje poza wyuczonym zawodem, źródłem dochodu jest emerytura/renta, bezrobotna/bezrobotny), a także liczby rodzeństwa. Ostatnie pytania odnosiły się do używek. Pytano badanych, czy są, byli w przeszłości lub nigdy nie byli uzależnieni od nikotyny. Ankietowani odpowiadali też na pytanie o częstotliwość spożywania alkoholu (nigdy, 1–3 razy w miesiącu, 1–2 razy w tygodniu, częściej) oraz zażywanie narkotyków (nigdy, kilka razy w życiu, 1–3 razy w miesiącu, 1–2 razy tygodniowo, częściej). Ostatnie pytanie dotyczyło uzależnień u członków najbliższej rodziny (alkoholizm, nikotynizm, narkomania, inne).
2. Kwestionariusz ORTO-15. Kwestionariusz został zaprojektowany przez Doniego i wsp., jego walidacji dokonano w 2005 roku [7]. Został opracowany na

bazie istniejącego modelu Bratmana. Test składa się z 15 pytań wielokrotnego wyboru (zawsze, często, czasem, nigdy). Pytania dotyczą obsesyjnego podejścia do wybierania, kupowania, przygotowywania i spożywania posiłków uważanych za zdrowe. Pytania skupiają się na obszarze poznawczym zaburzenia (1, 5, 6, 11, 12, 14), aspektach klinicznych (3, 7–9, 15) oraz emocjonalnych (2, 4, 10, 13). Odpowiedzi respondentów otrzymują 1, 2, 3 lub 4 punkty, przy czym te wskazujące najbardziej na ryzyko ortoreksji otrzymują 1, natomiast 4 punkty przypisane są odpowiedziom wskazującym na normalny wzorzec zachowań żywieniowych. Suma punktów wynosi dla każdego testu od 15 do 60 punktów. Im niższy wynik, tym większe ryzyko występowania ortoreksji u badanego; wyniki wysokie oznaczają natomiast zdrowe zachowania związane z żywieniem. Donini ustalił próg odcięcia na 40 punktów. Walidacji kwestionariusza dla populacji polskiej dokonali Stochel, Janas-Kozik i wsp. w 2015 roku, ustalając próg na 35 punktów [9].

3. Kwestionariusz EAT-26 (*Eating Attitude Test*)

Kwestionariusz został stworzony w 1982 roku przez Garnera i Garfinkela [10]. Jest to arkusz badający postawy wobec żywienia. Każde z pytań bada objawy zaburzeń odżywiania w jednej z trzech kategorii: odchudzanie, bulimia i zbyt duża koncentracja na jedzeniu, kontrola oralna. Odpowiedzi są oceniane na 3, 2, 1 lub 0 punktów w zależności od nasilenia objawu. Arkusz stosowany jest w badaniach przesiewowych populacji. Punktacja mieści się w granicach 0–78 punktów. Im wyższy wynik, tym większe ryzyko zaburzeń odżywiania. Wynik 20 i więcej upoważnia do zakwalifikowania pacjenta do grupy osób z zaburzeniami odżywiania. W Polsce walidacji arkusza dokonali Włodarczyk-Bisaga i Żechowski [11].

4. Kwestionariusz MOCI (*Maudsley Obsessive Compulsive Inventory*)

Test został opracowany w 1977 roku przez Hodgsona i Rachmana i służy skrinin-gowi populacyjnemu w kierunku zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych. Kwestionariusz składa się z 30 pytań typu prawda/fałsz. Bada on zarówno ogólną „obsesyjność”, jak i podskale: sprawdzanie, czystość, powtarzanie i wątpliwości. Punktacja oparta jest na liczbie patologicznych odpowiedzi dotyczących obsesyjności i poszczególnych skal; maksymalnie można uzyskać 30 punktów. Ze względu na rozbieżności w ocenie badaczy odnośnie punktu odcięcia dla diagnozy OCD w teście oraz obawy przed nadmierną liczbą fałszywie dodatnich rozpoznań bada się jedynie ryzyko wystąpienia zaburzenia. Im wyższa liczba punktów, tym większe ryzyko zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych [12].

Wybrano losowo dwa gimnazja na terenie gminy Morąg i jedno gimnazjum na terenie Trójmiasta, jedno liceum morąskie i jedno liceum w Trójmieście oraz trzy uczelnie wyższe (politechnika, uniwersytet oraz uniwersytet medyczny). Uzyskano zgody dyrektorów placówek oraz Niezależnej Komisji Bioetycznej na przeprowadzenie badania (NKBBN/602/2015-2016).

W gimnazjach i liceach wybrano po dwie klasy pierwsze, drugie i trzecie i wśród ich uczniów przeprowadzono badanie podczas zajęć wychowawczych. W szkołach wyższych wybrano losowo po 6 grup studenckich każdej uczelni i prowadzono badanie podczas przerw między wykładami. Uczestnicy byli zapoznawani z tematyką i zasa-

dami przeprowadzanego badania. Oprócz kwestionariusza każdy uczestnik wyrażał dobrowolną, świadomą, pisemną zgodę na udział w badaniu z możliwością wycofania się z niego w dowolnej chwili. Dodatkowo pisemne zgody wyrażali także rodzice uczestników poniżej 16. roku życia. Przebieg badania był nadzorowany przez nauczycieli wychowawców poszczególnych klas, którzy pozostawali w kontakcie z osobami prowadzącymi badanie; na uczelniach badanie nadzorowane było przez badaczy.

Analiza statystyczna

W opisie prawidłowości cech o charakterze ilościowym do oceny poziomu przeciętnego wykorzystano średnią arytmetyczną, do oceny dyspersji – odchylenie standardowe. Weryfikację hipotezy o normalności rozkładu badanych zmiennych przeprowadzono testem Shapiro–Wilka. Przy porównaniach poziomu badanych zmiennych między grupami, ze względu na brak normalności rozkładu zmiennych, posłużono się testem nieparametrycznym *U* Manna–Whitneya (w wypadku dwóch zmiennych) i testem Kruskala–Wallisa (do porównań trzech zmiennych). Do przedstawienia prawidłowości danych o charakterze jakościowym (cechy skategoryzowane) wykorzystano wskaźniki struktury, a do porównania rozkładów i oceny zależności między zmiennymi posłużono się odpowiednio testem zgodności i niezależności chi-kwadrat. Ocenę natężenia korelacji przeprowadzono z zastosowaniem współczynnika korelacji Spearmana. We wszystkich testach statystycznych za poziom statystycznej istotności przyjęto $p \leq 0,05$. Analizę statystyczną przeprowadzono za pomocą programu IBM SPSS Statistics vs.23 oraz Statistica 12.

Wyniki badań własnych

Wśród badanych ryzyko wystąpienia ortoreksji dotyczyło 27,78%, tj. 240 osób.

W wyniku przeprowadzonej analizy stwierdzono, że rozkład cech demograficzno-społecznych w grupie ryzyka ortoreksji nie różnił się istotnie od rozkładu w grupie osób, w której ryzyko ortoreksji nie wystąpiło: płeć ($p = 0,133$), wiek ($p = 0,635$), poziom edukacji ($p = 0,138$), wykształcenie matki i status zawodowy matki ($p = 0,271$ i $p = 0,418$), wykształcenie ojca i jego status zawodowy ($p = 0,177$ i $p = 367$), liczba rodzeństwa ($p = 0,550$). Zatem żadna z tych cech nie miała istotnego statystycznie związku z wystąpieniem ortoreksji

Nie stwierdzono istotnego statystycznie związku z występowaniem ortoreksji a stosowaniem używek przez badanych bądź w ich rodzinach: alkohol ($p = 0,343$), narkotyki ($p = 0,421$), papierosy ($p = 0,358$), używki stosowane przez domowników ($p = 0,227$).

Z przeprowadzonej analizy wynika, że osoby, u których można podejrzewać ortoreksję, mają istotnie wyższy wskaźnik masy ciała (BMI) ($p = 0,021$). Poziom BMI u osób z podejrzeniem ortoreksji wynosi 21,62 ($\pm 2,99$), w grupie bez ortoreksji zaś 21,56 ($\pm 3,15$). Przy obliczaniu BMI u badanych poniżej 18. r.ż. stosowano siatki centylowe wskaźnika względnej masy ciała opracowane przez Palczewską i Niedźwiedzka [13].

Częstość występowania ryzyka ortoreksji wraz z występowaniem ryzyka zaburzeń odżywiania przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Ryzyko ortoreksji a ryzyko zaburzeń odżywiania

Ryzyko zaburzeń odżywiania	Ryzyko ortoreksji	Brak ryzyka ortoreksji	Razem
Tak	61 (62,2%)	37 (37,8%)	98 (100,0%)
Nie	179 (23,4%)	587 (76,6%)	766 (100,0%)
Razem	240 (27,8%)	624 (71,2%)	864 (100,0%)

Zaobserwowano istotną statystycznie zależność wystąpienia ryzyka ortoreksji oraz zaburzeń odżywiania (chi-kwadrat = 64,456; $p < 0,001$). W grupie osób ze stwierdzonym ryzykiem zaburzeń odżywiania niemal dwukrotnie częściej odnotowywano występowanie ryzyka ortoreksji, w grupie osób bez zaburzeń odżywiania zaś niemal trzykrotnie częściej brak ryzyka ortoreksji. Iloraz szans wynosi 5,40, co oznacza, że ryzyko wystąpienia ortoreksji jest ponad pięciokrotnie wyższe wśród osób, u których zdiagnozowano ryzyko zaburzeń odżywiania w porównaniu z grupą osób, których takie ryzyko nie dotyczy ($p < 0,001$).

Porównano również wyniki testu zaburzeń odżywiania w grupie ryzyka ortoreksji z wynikami w grupie nieobciążonej takim ryzykiem. Wyniki przedstawiono w tabeli 2.

Tabela 2. Wyniki testu EAT-26 a ryzyko ortoreksji

Cecha	Ryzyko ortoreksji $n = 240$	Brak ryzyka ortoreksji $n = 624$	Test U Manna-Whitneya/ wartość p
EAT-26 suma	14,10 ($\pm 10,73$)	7,39 ($\pm 6,47$)	$z = 9,90$; $p < 0,001$
EAT-26 dieta	10,54 ($\pm 7,77$)	5,08 ($\pm 5,02$)	$z = 10,508$; $p < 0,001$
EAT-26 bulimia	1,50 ($\pm 2,64$)	0,76 ($\pm 1,85$)	$z = 4,992$; $p < 0,001$
EAT-26 kontrola oralna	2,06 ($\pm 2,84$)	1,56 ($\pm 2,13$)	$z = 2,522$; $p = 0,012$

Z przeprowadzonego badania wynika, że osoby z podejrzeniem ortoreksji mają istotnie wyższe wyniki w teście zaburzeń odżywiania EAT-26 ogółem oraz w poszczególnych badanych obszarach. Można zatem stwierdzić, że zaburzenia odżywiania mają istotny związek z ortoreksją.

W grupie osób obciążonych ryzykiem ortoreksji zbadano kierunek i natężenie korelacji między wynikami testu ORTO-15 a wynikami testu EAT-26. Wyniki przedstawiono w tabeli 3.

Tabela 3. Wyniki testu ORTO-15 a wyniki testu EAT-26 w grupie ryzyka ortoreksji

Cecha	Ryzyko ortoreksji ($n = 240$)	
	r Spearmana	p
EAT suma	-0,328	<0,001
EAT dieta	-0,307	<0,001
EAT bulimia	-0,259	<0,001
EAT kontrola oralna	-0,109	0,093

Stwierdzono, że im wyższe jest ryzyko wystąpienia zaburzeń odżywiania ogółem, w zakresie diety oraz wystąpienia bulimii, tym większe ryzyko ortoreksji. Nie stwierdzono istotnej zależności między wynikami testu EAT-26 w zakresie kontroli oralnej a natężeniem ryzyka ortoreksji.

Zbadano, czy występują różnice w poziomie wyników testu MOCI, który służy do oceny natężenia predyspozycji do zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych, w grupie osób z ryzykiem i bez ryzyka wystąpienia ortoreksji. Wyniki przedstawiono w tabeli 4.

Tabela 4. Wyniki testów MOCI a ryzyko ortoreksji

Cecha	Ryzyko ortoreksji <i>n</i> = 240	Brak ryzyka ortoreksji <i>n</i> = 624	Test U Manna–Whitneya/ wartość <i>p</i>
MOCI suma	10,31 (±4,60)	9,71 (±4,44)	<i>z</i> = 1,784; <i>p</i> = 0,059
MOCI sprawdzanie	3,41 (±1,56)	3,29 (±1,46)	<i>z</i> = 0,854; <i>p</i> = 0,393
MOCI mycie	3,84 (±1,84)	3,58 (±1,81)	<i>z</i> = 1,885; <i>p</i> = 0,635
MOCI powtarzanie	2,80 (±1,24)	2,71 (±1,23)	<i>z</i> = 0,914; <i>p</i> = 0,361
MOCI wątpliwości	3,24 (±1,27)	3,11 (±1,29)	<i>z</i> = 1,273; <i>p</i> = 0,203

Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w wynikach testu MOCI ogółem oraz w jego podkategoriach między badanymi grupami. Można zatem przyjąć, że nie ma związku między natężeniem predyspozycji do zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych a ryzykiem wystąpienia ortoreksji.

Zbadano ponadto, czy w grupie osób zagrożonych wystąpieniem ortoreksji istnieje korelacja między wynikami testu ORTO-15 a wynikami testu MOCI. Wyniki przedstawiono w tabeli 5.

Tabela 5. Wyniki testu ORTO-15 a wyniki testów MOCI i ryzyko ortoreksji

Cecha	Ryzyko ortoreksji (<i>n</i> = 240)	
	<i>r</i> Spearmana	<i>p</i>
MOCI suma	-0,092	0,153
MOCI sprawdzanie	-0,172	0,007
MOCI mycie	-0,029	0,657
MOCI powtarzanie	-0,029	0,655
MOCI wątpliwości	-0,049	0,449

Stwierdzono brak istotnego związku między natężeniem predyspozycji do zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych a poziomem ryzyka wystąpienia ortoreksji. Wyjątkiem jest wynik testu MOCI sprawdzanie. Prawidłowość ta charakteryzuje obie grupy, tzn. osoby z grupy ryzyka wystąpienia ortoreksji i bez takich symptomów. Wyniki te potwierdzają brak związku między natężeniem predyspozycji do zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych a ryzykiem wystąpienia ortoreksji.

Dyskusja

W związku z tym, że ortoreksja została opisana po raz pierwszy niespełna 20 lat temu, nie istnieje wiele dużych badań na temat jej rozpowszechnienia, a te dostępne często różnią się od siebie znacznie wynikami w zależności od badanej populacji i przyjętych kryteriów diagnostycznych. Donini i wsp. [4] w badaniu mającym na celu wstępne zbadanie zjawiska w 2004 roku określili prewalencję ortoreksji na poziomie 6,9% w grupie 404 badanych osób. W 2007 roku w Turcji przeprowadzono badanie w grupie lekarzy w Ankarze. Analiza ta ujawniła występowanie ortoreksji u niemal co drugiej osoby biorącej w nim udział (45,5%) [14]. W badaniu użyto kwestionariusza ORTO-15, a punkt odcięcia ustalono na 40 punktów [14]. Międzykulturowe różnice dotyczące występowania ortoreksji zauważali także inni badacze [15, 16].

W 2015 roku Stochel, Janas-Kozik i wsp. przeprowadzili walidację kwestionariusza ORTO-15 w populacji polskiej. W badaniu wzięło udział 399 osób z Sosnowca w wieku 15–21 lat. Do walidacji oprócz arkusza ORTO-15 użyto także ankiety EAT-26, która bada nasilenie objawów związanych z zaburzeniami odżywiania. Uzyskane wyniki potwierdziły, że badany arkusz jest wiarygodną metodą identyfikacji podejrzenia ortoreksji w badaniach populacyjnych. Stwierdzono zgodność rozpoznania ryzyka ortoreksji oraz zaburzeń odżywiania na poziomie 47,2%, gdy za próg ortoreksji przyjęto 40 punktów w teście ORTO-15 i zgodność 88,2%, gdy przyjęto próg 35. Na podstawie badania zasugerowano próg odcięcia na poziomie 35 punktów [9]. W naszym badaniu także przyjęliśmy założenie, że diagnostyczny jest poziom 35 punktów. Poziom sugerowany przez Doniniego generowałby w naszym odczuciu znaczną nadrozpoznawalność zjawiska. W naszym badaniu, przyjmując założenia autora kwestionariusza, ryzyko wystąpienia ortoreksji dotyczyłoby aż 76,7% ankietowanych. Nawet po zastosowaniu ostrzejszych kryteriów diagnostycznych ryzyko występowania ortoreksji stwierdzono u 27% badanych.

Naukowcy spierają się co do miejsca ortoreksji wśród zaburzeń psychicznych. Niektórzy twierdzą, że jest to oddzielna kategoria diagnostyczna, inni zauważają wiele elementów łączących ortoreksję z anoreksją, jeszcze inni – klasyfikują ten syndrom jako odmianę zaburzenia obsesyjno-kompulsywnego. Bratman początkowo traktował ortoreksję jako oddzielną jednostkę chorobową [1]. Dodatkowo Martins i wsp. [17] uważali, że zachowania i dążenia osób z ortoreksją i innymi zaburzeniami odżywiania różnią się od siebie. Osoby cierpiące na anoreksję i bulimię motywowane są koniecznością osiągnięcia perfekcyjnej, szczupłej sylwetki poprzez utratę wagi, podczas gdy ortorektykami kieruje idea osiągnięcia optymalnego zdrowia poprzez stosowanie zdrowej diety. Zakładali, że u podłoża ortoreksji nie leży niskie poczucie własnej wartości, lecz dążenie do zachowania zdrowia. Sama dieta nie skupia się na ilości, lecz na jakości spożywanych posiłków; nie dąży się do osiągnięcia atrakcyjności fizycznej, jak w pozostałych zaburzeniach odżywiania, jako cel główny stawia się zdrowie [18, 19].

Ortoreksja jest także klasyfikowana przez wielu badaczy jako zjawisko ze spektrum zaburzenia obsesyjno-kompulsywnego [20]. Pogląd ten wynika z podobieństw fenotypowych obu tych zaburzeń. Pacjenci cierpiący na ortoreksję, podobnie jak inni

cierpiący na zaburzenia odżywiania, są natrętnie zajęci całodziennym myśleniem oraz różnymi zabiegami dotyczącymi ich diety, wagi i wyglądu ciała. Pacjenci z zaburzeniami obsesyjno-kompulsywnymi podobnie zaabsorbowani są swoimi obsesjami, nawracającymi patologicznymi wątpliwościami albo myślami o skrzywdzeniu siebie czy innych osób, tak samo jak natrętnymi czynnościami polegającymi przykładowo na myciu, praniu, liczeniu czy wielokrotnym sprawdzaniu tej samej rzeczy. Ortorektyka cechują obsesyjne myślenie, drobiazgowość i ostrożność podczas przygotowywania posiłków oraz koncentracja na czystości [20]. Sposób przygotowywania posiłków przybiera postać rytuałów ze szczególnym naciskiem na przeciwdziałanie zanieczyszczeniu [5].

Z drugiej strony w literaturze przedmiotu pojawia się wiele informacji o wspólnych cechach ortoreksji i innych zaburzeń odżywiania. Bratman – obserwując konsekwencje pograżania się w objawach i tworząc nazwę tego zjawiska – nawiązał do anoreksji. Obie jednostki chorobowe łączy dążenie do perfekcjonizmu, wysoki poziom lęku, konieczność poczucia kontroli. Oba zaburzenia cechuje orientacja na osiągnięcie zamierzonego celu, utrzymywanie restrykcji dietetycznej jako markeru samodyscypliny oraz poczucie porażki odczuwane po popełnionym błędzie dietetycznym. W badaniach sugerowano, że rozwój objawów ortoreksji może być czynnikiem ryzyka powstania innych zaburzeń odżywiania w przyszłości [5, 20, 21]. Co więcej, według innego doniesienia osoby z rozpoznaniem ortoreksji częściej doświadczały zaburzeń odżywiania w przeszłości w porównaniu z grupą kontrolną [5]. Barnes i Caltabiano [22] wykazały w swojej pracy, że style przywiązania, tendencja do perfekcjonizmu oraz dążenie do wyidealizowanego obrazu ciała były czynnikami łączącymi ortoreksję z anoreksją i bulimią psychiczną.

W naszym badaniu nie potwierdziliśmy związku pomiędzy zaburzeniami obsesyjno-kompulsywnymi a ortoreksją. Występujące u ortorektyków obsesyjne i rytualne skupienie na odżywianiu obserwowane jest także u innych pacjentów cierpiących na zaburzenia odżywiania. Badacze zajmujący się współwystępowaniem zaburzeń psychicznych podkreślają, że aby u pacjentów z zaburzeniami odżywiania było można postawić rozpoznanie zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych, konieczne jest stwierdzenie, że treść obsesji czy zachowania kompulsywne nie dotyczą odżywiania [23–25]. Nadmierne skupianie się na kwestiach rodzaju, ilości, jakości czy sposobu przyrządzania pokarmu wpisuje się bowiem w integralny obraz choroby. Brak statystycznie istotnej korelacji pomiędzy ortoreksją i OCD, stwierdzony w przeprowadzonym badaniu, potwierdza hipotezę, że są to dwa różne zespoły psychopatologiczne.

Uważamy, że ortoreksja nie stanowi odrębnej jednostki chorobowej. Wpisuje się ona w spektrum zaburzeń odżywiania, o czym świadczą dane statystyczne oraz obserwacje kliniczne obejmujące zarówno objawy oraz konsekwencje zdrowotne, jak i spostrzeżenia dotyczące zubożenia, zawężenia zainteresowań, aktywności złożonej, a także pogorszenia społecznego funkcjonowania pacjentów [22]. Niemniej traktujemy nasze badanie jako jeden z głosów w toczącej się aktualnie dyskusji na temat możliwej korelacji pomiędzy zaburzeniami odżywiania, OCD a nawet zaburzeniami ze spektrum autyzmu [26].

Najwyższy wskaźnik ryzyka ortoreksji zaobserwowano w grupie gimnazjalistów, najniższe nasilenie zachowań ortorektycznych zaś – wśród licealistów. Inne badania

nie wykazywały różnic w rozpowszechnieniu zaburzenia w zależności od wieku [27]. Osoby, u których można podejrzewać ortoreksję, mają istotnie wyższy wskaźnik BMI. Być może ma to związek z nadwagą stwierdzaną u coraz liczniejszej grupy młodzieży i szczególnym skupieniem się na wyglądzie, normatywnie obserwowanym u osób dojrzewających i budujących swoją samoocenę, a jeszcze niepotrafiących w racjonalny sposób zadbać o prawidłową dietę i odpowiednią masę ciała.

Ortoreksja pociąga za sobą szereg możliwych powikłań somatycznych. Należą do nich: niedożywienie, niedobory poszczególnych witamin i mikroelementów, zaburzenia gospodarki kwasowo-zasadowej i wodno-elektrolitowej. W literaturze przedmiotu znaleźć można opisy pacjentów cierpiących z powodu poważnych powikłań w przebiegu ortoreksji, takich jak: ciężka hiponatremia, hipokaliemia, kwasica metaboliczna, odma podskórna i śródpiersiowa, pancytopenia [28]. Ortoreksja jest zaburzeniem nowym, groźnym dla zdrowia i życia, wpisującym się w kulturowe zjawiska naszych czasów, wymagającym szczegółowych badań i opracowania na ich podstawie skutecznych metod terapeutycznych [29, 30]. W związku z tym, że myśli i zachowania ortorektyków są egosyntoniczne, trudno jest przekonać pacjenta o tym, że nadmierna fiksacja na zdrowiu jest dla niego szkodliwa, zwłaszcza w kontekście wszechobecnych sloganów o konieczności zdrowego odżywiania się i prowadzenia zdrowego trybu życia [31]. W leczeniu ortoreksji konieczna jest współpraca wielodyscyplinarnego zespołu, w którym powinni się znaleźć lekarze psychiatry, pediatry lub interniści, psychoterapeuci, dietetycy, pielęgniarki. W niektórych przypadkach przydatne w leczeniu wspomagającym mogą okazać się leki hamujące wychwyty zwrotny serotoniny (SSRI).

Wnioski

Na podstawie przeprowadzonego badania ryzyko występowania ortoreksji stwierdzono u 27% badanych (za punkt odcięcia przyjęto wynik 35). Analiza uzyskanych informacji pozwala nam sądzić, że ortoreksja nie stanowi odrębnej jednostki chorobowej. Wpisuje się ona w spektrum zaburzeń odżywiania. Świadczą o tym analizy statystyczne oraz obserwacje kliniczne. Brak statystycznie istotnej korelacji pomiędzy ortoreksją i OCD, stwierdzony w przeprowadzonym badaniu, potwierdza hipotezę, że są to dwa odrębne zespoły chorobowe.

Piśmiennictwo

1. Bratman S, Knight D. *Health food junkies. Orthorexia nervosa: Overcoming the obsession with healthful eating*. New York: Broadway Books; 2000.
2. Vandereycken W. *Media hype, diagnostic fad or genuine disorder? Professionals opinions about night eating syndrome, orthorexia, muscle dysmorphia and emetophobia*. Eat. Disord. 2011; 19(2): 145–155.
3. Zamora MLC, Bonaechea BB, Sánchez FG, Rial BR. *Orthorexia nervosa. A new eating disorder?* Actas Esp. Psiquiatr. 2005; 33(1): 66–68.

4. Donini LM, Marsili D, Graziani MP, Imbriale M, Canella C. *Orthorexia nervosa: A preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon*. Eat. Weight Disord. 2004; 9(2): 151–157.
5. Koven NS, Abry AW. *The clinical basis of orthorexia nervosa: Emerging perspectives*. Neuro-psychiatr. Dis. Treat. 2015; 11: 385–394.
6. Mathieu J. *What is orthorexia?* J. Am. Diet. Assoc. 2005; 105(10): 1510–1512.
7. Donini LM, Marsili D, Graziani MP, Imbriale M, Canell C. *Orthorexia nervosa: Validation of a diagnosis questionnaire*. Eating and Weight Disord. 2005; 10(2): 28–32.
8. Moroze RM, Dunn TM, Craig Holland J, Yager J, Weintraub P. *Microthinking about micro-nutrients: A case of transition from obsessions about healthy eating to near-fatal 'orthorexia nervosa' and proposed diagnostic criteria*. Psychosomatics 2015; 56(4): 397–403.
9. Stochel M, Janas-Kozik M, Zejda J, Hyrnik J, Jelonek I, Siwiec A. *Walidacja kwestionariusza ORTO-15 w grupie młodzieży miejskiej w wieku 15–21 lat*. Psychiatr. Pol. 2015; 49(1): 119–134. Doi: 10.12740/PP/25962.
10. Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE. *The eating attitudes test: Psychometric features and clinical correlates*. Psychol. Med. 1982; 12(4): 871–878.
11. Żechowski C. *Polska wersja Kwestionariusza Zaburzeń Odżywiania (EDI) – adaptacja i normalizacja*. Psychiatr. Pol. 2008; 42(2): 179–193.
12. Thomas J, Turkheimer E, Oltmanns TF. *Psychometric analysis of racial differences on the MOCI*. Assessment 2000; 7(3): 247–258.
13. Palczewska I, Niedźwiedzka Z. *Siatki centylowe wskaźnika względnej masy ciała (BMI) chłopców i dziewcząt warszawskich. Ocena rozwoju somatycznego dzieci i młodzieży*. Medycyna Praktyczna 2002; 3: 18.
14. Fidan T, Ertekin V, Işıkay S, Kirpınar I. *Prevalence of orthorexia among medical students in Erzurum, Turkey*. Compr. Psychiatry 2010; 51(1): 49–54.
15. Gramaglia C, Brytek-Matera A, Rogoza R, Zeppegno P. *Orthorexia and anorexia nervosa: two distinct phenomena? A cross-cultural comparison of orthorexic behaviours in clinical and non-clinical samples*. BMC Psychiatry 2017; 17: 1–5. Doi: 10.1186/s12888-017-1241-2.
16. Dunn TM, Gibbs J, Whitney N, Starosta A. *Prevalence of orthorexia nervosa is less than 1%: Data from a US sample*. Eat. Weight Disord. 2017; 22(1): 185–192. Doi: 10.1007/s40519-016-0258-8.
17. Martins MCT, dos Santos Alvarenga M, Vargas SVA, de Jesus Sato KSC, Scagliusi FB. *Orthorexia nervosa: Reflections about a new concept*. Rev. Nutr. 2011; 24(2): 345–357.
18. Kaye W. *Neurobiology of Anorexia and Bulimia Nervosa* Purdue Ingestive Behavior Research Center Symposium Influences on Eating and Body Weight over the Lifespan: Children and Adolescents. Physiol. Behav. 2008; 94(1): 121–135.
19. Shah S. *Orthorexia nervosa Healthy Eating or eating disorder*. 2012, Masters Theses. Paper 991.
20. Brytek-Matera A. *Orthorexia nervosa – An eating disorder, obsessive-compulsive disorder or disturbed eating habit?* Archives of Psychiatry and Psychotherapy 2012; 14(1): 55–60.
21. Kinzl J, Hauer K, Traweger C, Kiefer I. *Orthorexia nervosa in dieticians*. Psychoter. Psychosom. 2006; 75(6): 395–396.
22. Barnes MA, Caltabiano ML. *The interrelationship between orthorexia nervosa, perfectionism, body image and attachment style*. Eat. Weight Disord. 2017; 22(1): 177–184.
23. Łucka I. *Zaburzenia lękowe u dzieci współwystępujące z jadłowstrętem psychicznym*. Psychiatr. Pol. 2006; 40(1): 83–96.

24. Rabe-Jabłońska J. *Zaburzenie obsesyjno-kompulsywne u dziewcząt z zaburzeniami odżywiania*. Psychiatr. Pol. 1996; 30(2): 187–200.
25. Thiel A, Brooks A, Ohlmeier M, Jacoby GE, Schüssler G. *Obsessive-compulsive disorder among patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa*. Am. J. Psychiatry 1995; 152(1): 72–75.
26. Dell’Osso L, Abelli M, Carpita B, Pini S, Castellini G, Carmassi C i wsp. *Historical evolution of the concept of anorexia nervosa and relationships with orthorexia nervosa, autism, and obsessive-compulsive spectrum*. Neuropsychiatr. Dis. Treat. 2016; 12: 1651–1660. Doi: 10.2147/NDT.S108912, PMID: PMC4939998.
27. Hymnik J, Janas-Kozik M, Stochel M, Jelonek I, Siwiec A, Rybakowski JK. *The assessment of orthorexia nervosa among 1899 Polish adolescents using the ORTO-15 questionnaire*. Int. J. Psychiatry Clin. Pract. 2016; 20(3): 199–203. Doi: 10.1080/13651501.2016.1197271.
28. Park SW, Kim JY, Go GJ, Jeon ES, Pyo HJ, Kwon YJ. *Orthorexia nervosa with hyponatremia, subcutaneous emphysema, pneumomediastinum, pneumothorax, and pancytopenia*. Electrolyte Blood Press 2011; 9(1): 32–37.
29. Brytek-Matera A, Rogoza R, Gramaglia C, Zeppegno P. *Predictors of orthorexic behaviours in patients with eating disorders: A preliminary study*. BMC Psychiatry 2015; 15: 252. Doi: 10.1186/s12888-015-0628-1, PMID: PMC4608153.
30. Costa CB, Hardan-Khalil K, Gibbs K. *Orthorexia nervosa: A review of the literature*. Issues Ment. Health Nurs. 2017; 38(12): 980–988.
31. Bartrina JA. *Orthorexia or when a healthy diet becomes an obsession*. Arch. Latinoam. Nutr. 2007; 57(4): 313–315.

Adres: Izabela Łucka

Klinika Psychiatrii Rozwojowej, Zaburzeń Psychotycznych i Wiekii Podeszłego
Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego
80-282 Gdańsk, ul. Srebrniki 17

Otrzymano: 11.12.2017

Zrecenzowano: 11.02.2018

Otrzymano po poprawie: 19.02.2018

Przyjęto do druku: 25.02.2018